平成２９年度　京都府障害者虐待防止・権利擁護研修 受講申込書

＜市区町村・虐待防止センター職員コース用＞

団　　体 （法人名）			
所属課名 （事業所名）			
※きょうと福祉人材育成認証制度 （いずれかに〇）	1.認証団体	２．宣言団体	３．未宣言団体
役　　職		※経験年数 （申込時点）	年　　ヶ月
ふりがな 氏　　名	（　　）		
所在地 （市区町村の場合は不要）	〒　　－		
ＴＥＬ （ＦＡＸ）	（ＦＡＸ　　）		
手話通訳、車いす等の受講配慮	具体的に御記入ください	既受講	H27　・　H28 （受講年度に〇を付けてください）

※氏名等は楷書で丁寧に記入してください。

※「参加申込書」に記載された個人情報は、当研修の適正かつ円滑な実施の目的のみに利用させていただきます。なお、受講者名簿に氏名、団体（法人名）・所属課名（事業所名）、役職、経験年数を記載いたします。

※「きょうと福祉人材育成認証制度」は事業所の方のみ御記入ください。

※経験年数は、障害福祉関係業務の経験年数を記載してください。

※**当日は印鑑（認印）を持参願います。（受付で使用）**

※受講配慮が必要な方は具体的に御記入ください。（欄に記載がない場合は、対応できないことがあります。）御不明な点がございましたらお問い合わせください。

申込締切は５月２６日（金）≪必着≫です。

◆申し込み先◆　京都府福祉人材・研修センター研修課　ＦＡＸ０７５－２５２－６３１２

ＦＡＸでの申込みの場合、送信後、必ず着信確認の電話をお願いします。
お電話が無く申込確認ができない場合は、受講いただけない場合があります。
（ＴＥＬ０７５－２５２－６２９６）　担当：廣澤